LES COMPLICATIONS N° 30

DES AFFECTIONS

DES VOIES LACRYMALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 22 AVRIL 1891

PAR

Auguste DANIEL

Né à la Seyne (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(Hamelin Frères)

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✲)..... DOYEN
BERTIN-SANS ..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale		DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie		ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)		
Hygiène		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN (✲).
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie		LANNEGRACE.
Id. HÉDON (Ch. de c.)		
Clinique chirurgicale		TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie		GRYNFELTT.
Opérations et appareils (Ch. de cours)		FORGUE.
Anatomie pathologique et histologie		KIENER (✲).
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✲)
Anatomie		PAULET (O. ✲. ✲).
Pathologie interne		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale		GRANEL.
Pathologie externe (Ch. de cours)		ESTOR.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✲ C. ✲).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des vieillards.	MM. N..., agrégé.
Histologie	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophthalmologique	TRUC, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. DE GIRARD	MM. FORGUE	MM. SARDA
REGIMBEAU	TRUC	ESTOR
BLAISE	GERBAUD	HEDON
BAUMEL	GILIS	LECERCLE
VILLE	BROUSSE	

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUBRUEIL, *président.*	MM. TRUC, agrégé.
JAUMES, professeur.	BROUSSE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MON GRAND-PÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A. DANIEL.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE LA SALLE 8

A. DANIEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBRUEIL

Chevalier de la Légion d'honneur

A. DANIEL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIMAR

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRUC

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

A. DANIEL.

INTRODUCTION

Le nombre considérable des affections lacrymales que nous avons vues à la clinique ophtalmologique et la diversité des lésions qui les accompagnent nous ont paru un sujet d'autant plus digne d'attention qu'il n'y a pas de travail d'ensemble sur ce sujet. Aussi nous sommes-nous efforcé dans notre thèse inaugurale, soit par nos observations personnelles, soit par les publications éparses des différents auteurs, de faire une revue générale des affections dans lesquelles intervient, comme facteur étiologique, une maladie des voies lacrymales.

Nous remercions M. le professeur agrégé Truc d'avoir mis à notre disposition, en plus de son enseignement journalier, les nombreuses observations de la clinique et ses conseils. Nos remerciements aussi à notre camarade Pansier, chef de clinique ophtalmologique.

Que M. le professeur Dubrueil nous permette de lui savoir gré d'avoir accepté la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur agrégé Bimar, qui, pendant tout le temps de nos études, nous a aidé de ses bons conseils et de son précieux concours.

DIVISION DU SUJET

I. — Historique.
II. — Étude statistique.
III. — Lésions fonctionnelles.
IV. — Lésions des paupières :
a) lésions cutanées ; b) blépharites ; c) ectropion ; d) entropion ; e) orgelet, chalazion, papillome.
V. — Lésions conjonctivales :
a) conjonctivite lacrymale ; b) conjonctivite granulo-lacrymale ; c) ptérygion.
VI. — Lésions canaliculaires.
VII. — Lésions cornéennes :
a) desquamation épithéliale ; phlycténule ; b) kératites, pannus, leucome ; c) abcès de la cornée ; d) ulcères de la cornée.
VIII. — Lésions profondes.
IX. — Aggravation des traumatismes oculaires chez les lacrymaux.
X. — Étiologie et pathogénie :
a) action chimique ; b) action des microbes ; c) action des microorganismes sur les conjonctives ; d) action des microorganismes sur la cornée ; e) influence du terrain.
XI. — Diagnostic.
XII. — Pronostic.
XIII. — Traitement.
Résumé et conclusions.

LES COMPLICATIONS
DES AFFECTIONS
DES VOIES LACRYMALES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les relations qui existent entre les affections des voies lacrymales et les affections oculaires n'ont été bien indiquées que dans ces derniers temps.

Ce n'est que dans les publications relativement récentes qu'on doit accorder de l'importance à ce facteur étiologique.

Mackensie reconnaît l'influence des affections lacrymales sur les affections oculaires ; mais il n'entre pas dans de nombreux détails et se borne à dire qu'il a observé, dans certains cas, que la matière qui suintait du point lacrymal enflammait la conjonctive.

Desmarres ne voit pas grand inconvénient à la stagnation lacrymale, puisque, dans les cas de fistules, il la favorise en détruisant le sac lacrymal.

Gosselin a remarqué que l'oblitération des voies lacrymales crée souvent la conjonctivite ; il lui attribue comme cause l'irritation causée par le séjour des larmes.

Galezowski s'empare de cette idée, et, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1868, il publie un travail établissant les relations qui existent entre les affections des voies lacrymales et les affections de la conjonctive.

De Wecker (*Maladies des yeux*, 1863, p. 25) avait déjà reconnu que, par l'intermédiaire de la muqueuse lacrymale, les catarrhes de la membrane pituitaire peuvent gagner la conjonctive ; il a également observé la fréquence des blépharites chez les rétrécis; il a vu ces blépharites se changer en ectropion ; il insiste sur la nécessité de recourir dans ce cas au cathétérisme. (*Ibidem*, p. 620.)

De Wecker et Landolf (*Traité des maladies des yeux*, 1880) reconnaissent l'influence de la stagnation lacrymale sur les ulcères de la cornée ; ils admettent pour la kératite des moissonneurs que, dans un tiers des cas, il existe ultérieurement une affection lacrymale.

Dransart et Guément (Paris, 1872) reprennent l'œuvre de leur maître Galezowski et développent ses idées; Pasquet et Ferrand (1877, Paris) étudient le rôle des affections lacrymales dans la production de la blépharite, de l'ectropion, de l'abcès de la cornée.

Ange Verdese (Gênes, 1880), Armaignac, Abadie et Rampoldi, en 1882, insistent sur les relations qui existent entre les affections lacrymales et l'infection de la cornée, relations qu'expliquent les travaux bactériologiques de Widmarck et Sattler.

Enfin, dans différentes publications et dans son enseignement quotidien, M. le professeur agrégé Truc appuie très justement sur la fréquence des complications lacrymales (conjonctivites, blépharites, ectropion, affections cornéennes); il

a établi aussi la connexion intime qui existe entre le rétrécissement lacrymal et la conjonctivite granuleuse : il est tellement pénétré de la gravité de ces complications lacrymales, que, dans les rétrécissements tenaces des granuleux, il n'hésite pas, comme traitement de trachome, à faire l'ablation des glandes lacrymales.

Imbu de son enseignement, nous avons cherché à faire, soit par l'étude des observations de la clinique ophtalmologique de Montpellier, soit par les publications des auteurs, une revue d'ensemble de cette importante question.

CHAPITRE II

ÉTUDE STATISTIQUE

L'importance numérique des affections des voies lacrymales est considérable.

Elles constituent pour Ruette et Hasner le 2 pour 100 des affections oculaires, le 2,3 pour 100 d'après Arlt, le 6 pour 100 pour de Wecker, le 7 pour 100 pour Giraud Teulon, le 10 pour 100 pour Truc.

Les hommes sont moins atteints que les femmes.

De Wecker :	Hommes.	2,33	pour 100
—	Femmes.	3,77	—
Truc :	Hommes.	3,56	—
—	Femmes.	6,56	—

On a invoqué plusieurs causes de cette prédisposition du sexe féminin aux affections lacrymales. D'abord le lymphatisme est plus fréquent chez les femmes, il diminue moins avec l'âge que chez l'homme.

On a argué le genre de travail auquel se livrent les femmes, travail de couture exigeant l'inclinaison de la tête et produisant une congestion oculaire ou des troubles de réfraction, sous l'influence desquels se montre l'épiphora. On aurait également remarqué que les os de la face sont moins développés chez la femme, et les os du nez plus aplatis.

Une cause plus évidente, c'est la fréquence considérable des granulations chez la femme ; or presque toujours les granulations s'accompagnent de rétrécissements des voies lacrymales. Les femmes viennent enfin se faire soigner plus tôt, plus volontiers et plus facilement que les hommes.

Au point de vue ethnologique, la race mongole et la race juive seraient particulièrement prédisposées aux affections lacrymales. On connaît la fréquence et la gravité des blépharites chez les Juifs, blépharites qui seraient, dans la plupart des cas, causées par une obstruction des voies lacrymales.

Les états lacrymaux sont-ils souvent accompagnés de complications oculaires ?

De Wecker, sur 20,120 observations, a relevé 1,230 cas d'affections lacrymales, qui se divisent en :

Epiphora. . .	Hommes.	379	78 pour 100 des affections lacrymales.
—	Femmes.	581	
Dacryocystite.	Hommes.	70	18,3 pour 100.
—	Femmes.	149	
Fistule . . .	Hommes.	3	0,97 pour 100.
—	Femmes.	9	
Tumeur du sac.	Hommes.	12	2,7 pour 100.
—	Femmes.	21	

Dans le service de M. le professeur agrégé Truc, sur 5,000 observations les affections lacrymales ont été notées :

Hommes. 178
Femmes. 328 } 506, soit 10,12 pour 100.

L'épiphora simple a été observé :

Hommes. 143
Femmes. 188 } 331, soit 65,4 pour 100.

La dacryocystite figure pour :

Hommes 35
Femmes 140 } 175, soit 34,6 pour 100.

Nous avons noté toutes les lésions dont étaient accompagnés ces différents états lacrymaux (voir tableau I et II, pages 13 et 14), et, prenant séparément chacune de ces lésions ou chaque groupe de lésions, nous rechercherons quelle a été l'influence de l'état lacrymal dans leur genèse, quelle sera son influence sur leur durée et sur leur gravité.

Nous allons diviser ces lésions selon leur nature ou leur siége, et nous étudirons successivement : 1° les lésions fonctionnelles ; 2° les lésions palpébrales ; 3° les lésions de la conjonctive ; 4° les lésions canaliculaires ; 5° les lésions cornéennes ; 6° les lésions profondes.

TABLEAUX DES COMPLICATIONS LACRYMALES

OBSERVÉES A LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE MONTPELLIER

TABLEAU I.— Complications dans l'épiphora simple

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Lésions cutanées.	3		3
Blépharo-conjonctivite . . .	10	24	34
Conjonctivite.	20	25	45
Granulations concomitantes .	40	52	92
A reporter	73	101	174

Report	73	101	174
Ectropion	25	20	45
Entropion		2	2
Chalazion	1	3	4
Orgelet	1	2	3
Papillome	1	1	2
Ptérygion	5	6	11
Fistule	1	1	2
Kératite	1	2	3
Leucome	7	9	16
Ulcère simple	15	10	25
Ulcère à hypopion	4	11	15
Irido-kératite	4	1	5
Iritis	3		3
	141	169	310

TABLEAU II. — Complications dans la dacryocystite

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Blépharo-conjonctivite . . .	1	3	4
Conjonctivite	3	11	14
Granulations	3	11	14
Entropion		1	1
Chalazion		1	1
Ptérygion	3	1	4
Phlegmon du sac	2	16	18
Fistule	1	9	10
Irido-kératite	1		1
Leucome	2	1	3
Ulcère simple	2	4	6
Ulcère à hypopion		1	1
Iritis	3		3
	21	59	80

CHAPITRE III

LÉSIONS FONCTIONNELLES

Les lésions fonctionnelles simples que nous n'avons observées que rarement seraient relativement plus fréquentes d'après Galezowski. Elles consisteraient en photophobie, photopsies, phénomènes d'irisation pouvant aller jusqu'à la diplopie, phénomènes asthénopiques, mouches volantes, etc.

Quelques-unes de ces affections peuvent être directement rapportées à la stagnation lacrymale et mécaniquement expliquées : ce sont les phénomènes d'irisation, de diplopie, les diminutions de l'acuité.

Elles sont expliquées par la présence d'une couche du liquide lacrymal devant la cornée. A l'état normal, les larmes lubréfient la cornée et s'écoulent, sans qu'il y ait devant l'œil, sur le bord palpébral, une couche de liquide apparente. Entre le bord palpébral et la cornée, il n'y a pas d'espace appréciable.

Mais à l'état pathologique, quand les conduits lacrymaux sont obstrués, les tissus sont toujours un peu relâchés, le bord palépbral est éversé, et entre celui-ci et la cornée se trouve alors un espace où s'amassent les larmes. Cet espace étant très restreint, il se produit des phénomènes de capillarité, qui font que le liquide lacrymal s'élève davantage vers la cornée. Cette ascension par capillarité s'ajoutant à la sta-

gnation, il se trouve souvent devant la pupille un prismet liquide ayant son arête en haut.

Dès lors s'expliquent les phénomènes d'irisation ; ils son dus à la décomposition de la lumière par le prisme.

L'interposition de cette couche lacrymale explique aussi les diplopies et les diminutions d'acuité qu'accusent certains rétrécis.

Et ces phénomènes sont plus manifestes quand le malade se livre à un travail minutieux ou qu'il s'approche d'une lumière vive; c'est qu'en effet alors, par la fatigue ou l'éblouissement, les yeux se ferment à demi, l'ouverture palpébrale se trouve diminuée, et le prisme lacrymal est ainsi placé plus directement en face de la pupille.

Les mouches volantes sont causées par la présence dans les larmes de débris épithéliaux, de gouttelettes de mucus ou autres corpuscules microscopiques qui glissent sur la surface de la cornée, et y séjournent même en suspension dans le liquide lacrymal.

L'explication des autres troubles fonctionnels, tels que photophobie, blépharospasme, nous paraît être plus complexe.

Dans un petit nombre de cas, ces troubles seront causés directement par la stagnation lacrymale ; les larmes très alcalines irriteront les rameaux de la cinquième paire et produiront une hyperesthésie de l'œil qui se traduira par la photophobie et le blépharospasme.

Mais ces cas pour nous sont rares et se rencontreront surtout chez les femmes ou des sujets nerveux.

Généralement nous voyons ces affections se montrer chez des individus atteints d'autres complications, légères il est vrai, mais suffisantes pour être reconnues comme la cause de ces phénomènes. Souvent, dans ces cas, on trouvera un peu de blépharite, de la conjonctive, une desquamation légère de l'épithélium cornéen, un peu de paresse irienne qui explique-

ront suffisamment le blépharospasme, la photophobie et les douleurs orbitaires.

Et l'étude des faits que cite Galezowski à l'appui de son explication nous confirme dans l'opinion que nous venons d'émettre. En effet, dans les cinq observations que rapporte son élève Ferrand, nous voyons qu'il s'agit de malades, femmes plus ou moins nerveuses ; les troubles fonctionnels se produisaient chez elles après des soirées passées au théâtre, à la lumière éblouissante de l'arc voltaïque, circonstance suffisante à elle seule pour produire et entretenir une irritation capable d'engendrer ces troubles.

C'est d'ailleurs l'avis de Trousseau, et dans ses leçons d'ophtalmologie (*Travaux d'oph.*, 1891) il s'exprime ainsi : « Je n'ai guère constaté ces phénomènes (troubles fonctionnels asthénopiques et autres) que chez des femmes un peu nerveuses ; il faut peut-être, dans l'étiologie, faire la part du nervosisme et de la sensibilité féminine. »

Que ces phénomènes soient directement ou indirectement causés par la stagnation lacrymale, il sera bon de les avoir présents à la mémoire ; il feront songer à la possibilité d'un rétrécissement lacrymal en face d'un malade présentant ces symptômes : et généralement cet état, qui n'est pas encore le larmoiement et que M. Truc appelle : « œil mouillé, *watered eye* des Anglais », aura déjà mis sur la voie du diagnostic.

CHAPITRE IV

LÉSIONS DES PAUPIÈRES

A. — LÉSIONS CUTANÉES

Nous ne les avons observées qu'un petit nombre de fois ; elles sont d'ailleurs peu développées, et passent souvent inaperçues.

Elles se présentent sous la forme de plaques érythémateuses situées à l'angle externe de l'œil. Elles accompagnent généralement les conjonctivites lacrymales. Dans quelques cas, elles arrivent à s'ulcérer et sont alors, pour le malade, une cause de gêne et de douleur.

Elles disparaissent spontanément par le traitement des voies lacrymales ; lorsqu'elles persistent, quelques applications de vaseline boriquée en ont facilement raison.

Quelquefois les lésions cutanées se présenteront sous la forme de poussées eczémateuses vers l'angle externe, envahissant peu à peu la paupière inférieure, sous la forme d'un liseré, en dessous du bord palpébral (obs. I). Chez les sujets lymphatiques, il peut en résulter des croûtes et des ulcérations. Généralement ces lésions gagnent rapidement le bord palpébral, et produisent la blépharite (obs. II).

Observation Première

Dacryocystite OD. — Eczéma palpébral

S... (Jean), vingt-quatre ans, carrier, Beaulieu.

Le malade se plaint depuis quatre mois de rougeur et de larmoiement OD.

3 mars 1891. — Conjonctivite folliculeuse, tumeur du sac lacrymal. Par pression à l'angle interne de l'œil, on fait sourdre du pus par le point lacrymal.

Toute la paupière inférieure est recouverte de petites plaques eczémateuses. Sur la paupière supérieure, immédiatement en dessus du bord ciliaire, existe un petit liseret rouge, eczémateux. OG normal.

Observation II

Epiphora.— Blépharo-conjonctivite.— Eczéma palpébral

D... (Alexandre), vingt-cinq ans, boulanger, Avignon.

Tempérament lymphatique. Se plaint d'avoir depuis un mois les yeux, surtout le gauche, rouges ; ils sont collés le matin, larmoyants toute la journée ; photophobie, sensation de gravier.

Il a été soigné sans résultat par des cautérisations au sulfate de cuivre et une pommade au précipité rouge.

12 juillet 1888. — OG : un peu d'eczéma à l'angle externe et à la paupière inférieure, qui est légèrement ectropionée ; conjonctivite intense.

OD : Les paupières sont eczémateuses, les bords ciliaires rouges et épaissis, les conjonctives très vascularisées.

Traitement. — Incision des points lacrymaux un peu déviés

en dehors, cathétérisme, scarifications et cataplasmes de fécules.

Au bout de quelques jours, l'amélioration est suffisante pour que le malade puisse retourner chez lui, où le même traitement doit être continué par son médecin.

B. — BLÉPHARITES

Les lésions des bords ciliaires sont fréquentes dans la stagnation lacrymale : à la Clinique de Montpellier elles constituent le 9,3 pour 100 des complications lacrymales ; sur 150 cas de blépharites, Galezowski a trouvé en cause 60 fois l'état lacrymal, 6 fois les granulations.

Par son aspect, la blépharite lacrymale ne diffère pas de la blépharite ordinaire et présente divers degrés.

Dans un premier degré on a une simple hypérémie du bord libre des paupières : il augmente de volume, devient rouge ; la peau et la muqueuse sont luisantes ; on trouve des amas cérumineux à la base des cils.

A un degré plus avancé se forment au milieu des cils des phlyctènes, des pustules ; ces petits abcès donnent lieu à des phénomènes inflammatoires plus ou moins violents, les douleurs, la photophobie sont la règle.

A une troisième période ces abcès crèvent, il se forme à la base des cils de petits ulcères ; toute la paupière est envahie et recouverte comme d'une croûte.

Par suite du travail cicatriciel, il se produit une rétractation de la peau, qui a pour effet de produire l'éversion complète des points lacrymaux. L'absorption lacrymale dans ces conditions devient impossible, les points lacrymaux se rétrécissent. La stagnation devenant plus considérable, l'irritation augmente ; les cils deviennent blanchâtres et minces, ils disparaissent rapidement, et les quelques-uns qui persistent

réunis en pinceaux et agglutinés entre eux sont emportés avec les croûtes quand on nettoie la paupière.

Les observations III, IV et V sont des exemples des trois stades différentes de cette affection.

Observation III

Blépharite. — Obstruction des points lacrymaux

M... (Pierre), cinquante-sept ans, photographe.

Se plaint depuis cinq mois de rougeur des paupières avec larmoiement et sensation de gravier dans l'œil.

10 novembre 1887. — OD : Le bord palpébral légèrement ectropioné est rouge, tuméfié ; quelques croûtes à la naissance des cils, le point lacrymal inférieur est oblitéré.

OG : Un traumatisme ancien a créé un coloboma inféro-interne, les bords palpébraux sont rouges, ulcérés.

Le traitement, consistant en incision des points lacrymaux, cathétérisme, lavages boriqués chauds, amène une guérison rapide.

Observation IV

Blépharo-conjonctivite lacrymale

M... (Victoire), soixante-sept ans, ménagère.

La malade se plaint de larmoiement, photophobie et sensation de gravier dans l'œil.

20 mars 1890.— Les bords ciliaires sont rouges, œdématiés; légères ulcérations à l'angle externe des paupières ; la conjonctive de la paupière inférieure est boursouflée, léger cercle périkératique.

Traitement.— Cathétérisme des voies lacrymales, scarifications de la conjonctive palpébrale, lavages boriqués chauds.

Rapide amélioration.

Observation V

Rétrécissement des voies lacrymales. — Blépharospasme. — Blépharo-conjonctivite.

S... (Eugène), treize ans, tonnelier.

Depuis longtemps épiphora ODG, photophobie et blépharospasme.

17 décembre 1890. — OD : larmoiement, rougeur conjonctivale.

OG : conjonctivite intense; le bord ciliaire un peu éversé est couvert de croûtes épaisses, sous lesquels on trouve des cils rares avec de petites ulcérations à leur naissance.

Par suite du renversement de la paupière, le point lacrymal est rejeté en dehors.

Traitement. — Cathétérisme OD. OG : incision du point lacrymal, cathétérisme, cataplasmes de fécule sur la paupière, et pommade au précipité jaune sur le bord ciliaire.

15 mars 1891.— Sous l'influence de ce traitement, le cours des larmes a été rapidement rétabli ; la conjonctivite et la blépharite s'étant amendées, le blépharospasme et la photophobie ont disparu.

Les symptômes fonctionnels ne sont pas en rapport avec la gravité des lésions anatomiques. Les malades s'habituent à la cuisson des paupières, à la photophobie, et ne s'inquiètent nullement de leur affection. Dans d'autres cas, cependant, le blépharite constitue une véritable maladie, les empêchant de vaquer à leurs occupations.

Le seul symptôme qui puisse distinguer la blépharite lacrymale de la blépharite inflammatoire ordinaire, c'est que la blépharite lacrymale est souvent monoculaire (voir obs. V). Ce caractère n'a d'ailleurs rien de constant, étant donné la fréquence des altérations doubles des voies lacrymales.

Le traitement de ces blépharites consistera, en premier lieu, dans le rétablissement du cours des larmes.

Localement, M. Truc fait appliquer des cataplasmes de fécule, et, quand les croûtes sont assez molles pour pouvoir être détachées, on nettoie le bord ciliaire et on le badigeonne avec une pommade à l'oxyde jaune de mercure. Enfin, le traitement s'adressera aussi à l'état général: l'iode, le tannin, le fer, les antistrumeux seront ordonnés en même temps que l'on tendra, par une hygiène appropriée, à modifier le tempérament du sujet.

Nous avons considéré jusqu'ici que l'affection lacrymale était primitive, et causait secondairement l'affection palpébrale. Nous croyons qu'il en est ainsi dans la majorité des cas. Cependant, chez les sujets lymphatiques, prédisposés aux affections oculaires, la blépharite peut être primitive, le cours des larmes étant normal. Ce n'est qu'après un temps plus ou moins long, après que les lésions de la blépharite auront gagné en profondeur, que s'établira la stagnation lacrymale, soit par éversion, soit par oblitération du point lacrymal.

Dans ce cas, on se trouvera en présence d'un cercle vicieux: la blépharite cause la stagnation, et la stagnation entretient la blépharite ; la première indication sera donc encore de rétablir le cours des larmes.

C.— ECTROPION

La blépharite lacrymale peut entraîner des désordres graves du côté de la paupière : nous voulons parler de l'ectropion

de la paupière inférieure, si fréquent dans le larmoiement simple.

L'ectropion est une complication fréquente des affections lacrymales ; nous le voyons noté 45 fois dans notre statistique. Il débute toujours par la blépharite lacrymale; la stagnation paraît ramollir les tissus, affaiblir les muscles, prédisposer à cette affection ; aussi le voyons-nous généralement se montrer comme complications du rétrécissement simple et ne l'avons-nous jamais observé comme complication de la dacryocystite ; il atteint l'adulte comme le vieillard.

Deux éléments principaux interviennent dans sa production :

C'est d'abord une hypertrophie de la muqueuse conjonctivale : elle devient exubérante ; le voile palpébral s'allonge, et mécaniquement il entraîne le cartilage tarse dans un mouvement de bascule avant. Ce mouvement est d'ailleurs facilité : 1° par les altérations que, sous l'influence de cette inflammation chronique, subit le cartilage tarse; 2° par la laxité qui se produit dans les tissus l'entourant.

Le second facteur qui intervient dans la formation de l'ectropion, c'est l'altération progressive du muscle orbiculaire. Ses fibres musculaires voisines du bord des paupières participent à l'inflammation de celui-ci, elles se relâchent et n'appliquent plus la paupière contre l'œil. La portion palpébrale de ce muscle étant ainsi relâchée, la portion orbitaire agit comme une sangle musculaire, attire et fait basculer le cartilage tarse.

Enfin, on peut invoquer accessoirement, comme cause de ce renversement du tarse, une rétractation de la peau de la paupière. Cette rétraction se produit lorsque la peau aura été le siège d'ulcérations eczémateuses. En se cicatrisant, ces ulcérations causeront un renversement plus ou moins considérable selon leur étendue et leur profondeur.

Aussi n'observons-nous l'ectropion de la paupière inférieure que chez des individus atteints d'épiphora ancien. Sa production est plus rapide chez le vieillard prédisposé à cette affection; et, chez lui comme chez l'adulte, un traitement long sera nécessaire pour amener la guérison.

L'ectropion peut causer des accidents sérieux. En effet, s'il est un peu prononcé l'occlusion des paupières est impossible le globe oculaire n'est plus protégé, ce qui peut produire des ulcérations cornéennes dont le pronostic est encore aggravé par la stagnation lacrymale.

Quand l'ectropion est peu prononcé, le cathétérisme des voies lacrymales joint à des scarifications de la muqueuse hypertrophiée suffit généralement à amener la guérison. La durée du traitement est encore allongée par une circonstance à laquelle on ne fait souvent pas attention. Le point lacrymal étant incisé largement, il peut arriver que la paroi postérieure de la gouttière ainsi formée soit trop élevée pour que l'ouverture du canal baigne dans le lac lacrymal ; il faut dans ce cas enlever cet obstacle mécanique en réséquant la lèvre postérieure de cette gouttière.

Observation VI

Epiphora. — Ectropion. Cataracte sénile ODG, complète OD, début OG.

M... (Pierre), soixante-sept ans, tailleur de pierre, se présente à la Clinique parce que sa vue baisse depuis sept à huit mois.

3 juin 1890.— ODG : la paupière inférieure est ectropionée, le point lacrymal est ainsi déjeté en dehors ; conjonctivite intense. Cataracte complète OG.

Le point lacrymal est incisé: on résèque même une partie

de la lèvre postérieure du canal pour permettre l'entrée des larmes dans les voies lacrymales.

Les cathétérismes sont répétés tous les jours : la muqueuse ectropionée est scarifiée.

16 juillet. — La paupière a repris sa position normale ; la rougeur conjonctivale a disparu : les voies lacrymales sont en bon état ; extraction de la cataracte OD.

Si l'ectropion est plus prononcé, il sera bon de passer un fil en anse à travers la paupière, de façon à ramener le cartilage tarse dans sa position primitive. Si l'on veut obtenir une guérison plus rapide, on pourra en même temps exciser un lambeau de la muqueuse palpébrale exubérante, et, après avoir saturé la plaie ainsi formée, passer le fil en anse pour ramener le tarse. Ce procédé permet d'obtenir en quelques jours la guérison de l'ectropion.

Oservation VII

Ectropion lacrymal ancien

D... (Auguste), rue Deydé, n° 5.

ODG: État lacrymal remontant à sept ans.

Janvier 1891. — Les cartilages tarses sont complètement retournés en dehors : le point lacrymal ne baigne plus dans le lac lacrymal. Incision du point lacrymal. Cathétérisme, scarification de la muqueuse hypertrophiée.

Pour faciliter l'écoulement des larmes, on résèque la lèvre postérieure de l'orifice du point lacrymal.

Février. — Quoique le malade ait été peu docile, amélioration considérable.

10. — On excise un lambeau cunéiforme de la muqueuse ; on réunit par un point de suture les lèvres de la plaie. En même

temps, un fil métallique passé en anse à travers la paupière fait basculer le tarse et le remet en place.

La présence du fil métallique laissé trop longtemps cause un abcès de la paupière inférieure. Néanmoins le résultat est satisfaisant.

Dans certains cas, soit parce que l'ectropion est trop considérable, soit parce que le larmoiement est incoercible, il faudra en arriver à des opérations plus radicales.

Observation VIII

Blépharo-conjonctivite intense consécutive à l'obstruction des voies lacrymales. — Ectropion.

A...(Gustave), jardinier.

A les yeux rouges et larmoyants depuis trente ans.

15 mars 1890.— OG : Léger ectropion de la paupière inférieure ; les cils sont rares ; le bord palpébral est couvert de croûtes.

OD : La paupière inférieure complètement ectropionée est recouverte d'une épaisse croûte ; les cils ont disparu ; le point lacrymal est oblitéré.

En arrachant la croûte avec une pince, on trouve en dessous la muqueuse saignante ; le bord ciliaire est ulcéré et profondément.

Traitement.— Incision des points lacrymaux, cathétérisme, scarification de la conjonctive inférieure, lavages boriqués chauds, cataplasme de fécule de pomme de terre.

L'amélioration est notable OG.

OD : pour ramener la paupière à sa place, un fil d'argent est placé en anse à travers la paupière.

Août 1890. — Le malade, ayant interrompu tout traitement, revient avec une nouvelle poussée de blépharite, surtout OD.

Malgré le traitement, OD s'améliore peu ; la muqueuse du canal lacrymal paraît détruite. En cathétérisant, on sent que la sonde râcle sur une surface osseuse. L'épiphora persiste ; la blépharite s'améliore peu ; l'ectropion se reproduit.

On propose au malade l'ablation de la glande lacrymale, opération qu'il repousse.

Si la difficulté provient d'une rétractation cicatricielle, il faudra exciser un lambeau cutané, selon les méthodes classiques, et, si la perméabilité des voies lacrymales ne peut être rétablie, il faudra en arriver à l'ablation de la glande lacrymale.

D. — ENTROPION

L'entropion dans le larmoiement simple est rare, nous ne pouvons en rapporter qu'une observation. L'entropion est au contraire très fréquent dans la conjonctivite lacrymale granuleuse. Mais ici nous croyons que ce qui domine, c'est l'état granuleux, c'est lui qui produit la rétractation cicatricielle de la conjonctive, et par suite l'entropion, l'affection lacrymale n'ayant que peu d'action sur la formation de celui-ci.

Observation IX

Rétrécissement lacrymal. — Ectropion

C... (Marie), cinquante-six ans, ménagère.

OG : épiphora remontant à l'âge de huit ans ; ce n'est que vers l'âge de trente ans que, l'épiphora devenant plus considérable, elle se fit cathétériser.

La malade s'est aperçue seulement depuis quelques jours que les cils lui frottaient sur la cornée.

25 avril 1889. — Entropion de la paupière supérieure; conjonctivite lacrymale phlycténulaire.

Traitement. — Épilation, et proposé opération.

E. — ORGELET. — CHALAZION. — PAPILLOME

Le point de départ de l'orgelet paraît être l'inflammation d'une glande ciliaire, le chalazion se développe dans les glandes de Meibomius.

Le développement de l'un comme de l'autre est consécutif à une inflammation palpébrale chronique. Dès lors, il ne sera pas surprenant de les voir se montrer surtout dans les affections lacrymales, qui entretiennent toujours une irritation plus ou moins vive du bord palpébral.

Aussi, tantôt nous verrons le chalazion se montrer seul dans la stagnation lacrymale (obs. XI), tantôt nous les verrons succéder à l'orgelet ou se développer à côté de lui (obs. XIII). Nous voyons également que le chalazion et l'orgelet sont plus fréquents dans l'épiphora simple que dans la dacryocystite, et en effet nous avons noté que, dans celles-ci, le bord palpébral s'enflamme rarement. Quant au papillome, les relations qui existent entre lui et l'affection lacrymale sont assez obscures, à moins de faire encore intervenir pour lui comme facteur étiologique la blépharite lacrymale.

Observation X

Epiphora ancien.— Blépharo-conjonctivite ODG.— Chalazion OG

L... (Léontine), quarante ans, couturière.

Blépharo-conjonctivite chronique légère, épiphora ancien ; il y a six mois, est apparue sur la paupière supérieure gauche

une petite tumeur que la malade prit pour un orgelet et perça sans résultat.

7 mai 1889. — Chalazion à saillie muqueuse à la paupière supérieure gauche.

Traitement.—Cathétérismes des voies lacrymales, lavages boriqués.

15 mai. — Ablation du chalazion par une incision du côté de la muqueuse.

Observation XI

Dacryocystite muqueuse et chalazion

H... (Cécile), vingt-trois ans, commise.

Depuis l'âge de cinq ans, dacryocystite à l'œil droit ; à deux reprises différentes, il s'est formé un abcès du sac qui a percé et s'est guéri naturellement.

Il y a six mois, la paupière inférieure est devenue légèrement rouge, le bord ciliaire tuméfié, et on a vu apparaître une petite tumeur indolore qui, petit à petit, a augmenté de volume.

11 mars 1889.— OD : Dacryocystite muqueuse, chalazion de la paupière inférieure, de la grosseur d'une aveline.

La dacryocystite est rapidement guérie par l'incision du point lacrymal, le cathétérisme avec lavages et installations d'une solution de nitrate d'argent. Le chalazion est enlevé par une incision cutanée.

Observation XII

Épiphora ancien. — Chalazion OD. — Orgelet OD

D... (Virgile), trente ans, cultivateur.

Le larmoiement paraît héréditaire dans sa famille : son père

et son oncle en étaient atteints; lui-même, à l'âge de seize ans, fut obligé de se faire soigner pour un épiphora, qui disparut après un an de traitement.

Le larmoiement a reparu depuis deux ans.

30 octobre 1888.— OG : blépharo-conjonctivite légère, épiphora, petit chalazion marginal à la paupière inférieure.

OD : rétrécissement lacrymal ancien. Blépharite légère, petit orgelet à la paupière supérieure.

Traitement.— Cathétérismes des voies lacrymales, lavages boriqués chauds.

CHAPITRE VI

LÉSIONS CONJONCTIVALES

A. — CONJONCTIVITE LACRYMALE

Décrite et établie d'abord par Gosselin, plus nettement ensuite par Galezowski, malgré sa grande fréquence, la conjonctivite lacrymale passe souvent inaperçue; on la confond avec d'autres conjonctivites; on la traite sans reconnaître ni modifier la cause de la maladie.

Elle se manifeste par les symptômes ordinaires de toute conjonctivite : les yeux, le matin, sont chassieux, les cils agglutinés, il y a de la photophobie, de la rougeur des bords palpébraux.

Peut-on la reconnaître à des symptômes particuliers? En

dehors de l'inspection des voies lacrymales, voici les signes qui pourront la faire soupçonner :

Rarement aiguë, elle est généralement chronique d'emblée, les récidives sont fréquentes.

Elle est souvent monoculaire, et il existe de la sécheresse de la narine correspondant à l'œil atteint.

Presque toujours les malades qui en sont affectés raconteront qu'ils étaient atteints d'un larmoiement dont ils n'étaient, la plupart du temps, que peu incommodés. Dans certains cas, cependant, le malade n'accusera pas l'épiphora, la stagnation lacrymale sera à peine manifeste, et se décèlera seulement par une humidité plus marquée du globe de l'œil, par cet état particulier qu'on a dénommé « œil mouillé. »

Enfin l'inspection des voies lacrymales par l'injection à la seringue d'Anel permettra de constater la perméabilité du canal.

Quelles formes affecte la conjonctivite lacrymale ?

La conjonctivite lacrymale est généralement cantonnée dans la muqueuse de la paupière inférieure, rarement la conjonctive supérieure est atteinte. Elle affecte la forme hypérémique ou la forme folliculeuse.

Dans la première de ces deux formes, la muqueuse inférieure est congestionnée, la caroncule est rouge, la conjonctive bulbaire est sillonnée, principalement en bas, par de gros vaisseaux se dirigeant vers la cornée ; il n'y a pas de gonflement de la muqueuse (voir obs. XIII).

L'irritation produite par une longue hypérémie boursoufle la muqueuse et produit la forme folliculeuse. La conjonctive a perdu son poli ; elle est tuméfiée, couverte de petites saillies vésiculeuses, arrondies, demi-transparentes (voir obs. IV).

Ces conjonctivites ne cèderont qu'au traitement ayant pour but de rétablir le cours des larmes.

Observation XIII

Conjonctivite lacrymale

C... (Eugénie), cinquante-quatre ans, ménagère.

Épiphora depuis deux ou trois ans, ayant amené de la rougeur des conjonctives ; les yeux sont collés le matin, sensation de gravier, photophobie ; on constate une conjonctivite assez intense, due à la stagnation lacrymale.

OG : Obstruction du point lacrymal. Après dilatation de celui-ci, le liquide injecté dans les voies lacrymales pénètre dans le nez.

OD : Le liquide reflue par le point lacrymal supérieur ; au cathétérisme, on constate un rétrécissement de la partie supérieure du canal lacrymal. Guérison rapide, le cours des larmes ayant été facilement rétabli.

Observation XIV

Épiphora OD. — Conjonctivite folliculeuse

B... (Françoise), soixante-sept ans, ménagère.

Épiphora remontant à une dizaine d'années et ayant considérablement augmenté depuis quelque temps.

La malade se plaint de photophobie et douleurs ; les yeux sont collés le matin, on constate un léger cercle périkératique, la conjonctive des culs-de-sac inférieurs est tuméfiée, couverte de petites saillies vésiculeuses, arrondies. La conjonctive palpébrale supérieure est normale.

Le rétablissement du cours des larmes améliore rapidement la malade.

B. — CONJONCTIVITE GRANULO-LACRYMALE

De Wecker (*Traité des maladies des yeux*, éd. 1863) a fait remarquer que les granulations peuvent se propager jusqu'au canal lacrymal, envahir la muqueuse de celui-ci et arrêter le cours des larmes.

Les rapports de l'ophtalmie granuleuse avec l'ophtalmie lacrymale ont été étudiées par M. Truc, dans son Mémoire sur l'*Extirpation des glandes lacrymales* dans les larmoiements incoercibles chez les granuleux, et dans sa leçon sur les *Rapports des ophtalmies granuleuse, strumeuse et lacrymale.*

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que citer textuellement ses paroles : « Le trachome attaque les voies lacrymales, qu'il obstrue, qu'il arrête, qu'il sclérose ; il entretient une irritabilité générale qui augmente la sécrétion lacrymale.

» Le larmoiement comporte une stagnation lacrymale défavorable au fonctionnement oculaire et à la guérison trachomateuse. Le trachome a créé le rétrécissement lacrymal, et le rétrécissement entretient le trachome. L'état granulo-lacrymal constitue dès lors un cercle vicieux ; l'ophtalmie granuleuse accroît la sténose lacrymale et le réflexe secréteur ; le rétrécissement lacrymal amène une stagnation des larmes qui exagère l'ophtalmie granuleuse. »

Les voies lacrymales sont d'autant plus rapidement atteintes chez les granuleux, que ceux-ci sont généralement des lymphatiques, chez qui la moindre cause irritante produit l'œdème ; soit par simple irritation de voisinage, soit par prolifération des granulations dans la muqueuse même des voies lacrymales (comme cela a été démontré par des examens microscopiques), la stagnation lacrymale est précoce ; il est rare de

trouver chez un granuleux ancien les voies lacrymales intactes.

Le traitement doit s'adresser à la fois aux granulations et à l'obstruction lacrymale ; mais, dans certains cas, la perméabilité des voies lacrymales ne peut être obtenue par le cathétérisme, et, pour supprimer la stagnation qui entretient le trachome, on est obligé de s'attaquer directement à la glande lacrymale soit en la supprimant, soit en amenant l'obstruction de ses canaux.

Observation XV

Conjonctivite granuleuse. — Ectropion lacrymal. — Ablation de la glande lacrymale orbitaire OD, et de la glande lacrymale accessoire OG.

A... (Antoine), cinquante et un ans, cultivateur.

Le malade est atteint d'ophtalmie granuleuse aiguë depuis deux mois seulement (?).

12 juin 1889. — OD : Granulations volumineuses, ectropion inférieur, hernie et enclavement ; rien en haut ; pannus tenuis. V = 1/50.

OG : même état palpébral, leucome adhérent, occupant la moitié supérieure de la cornée ; pas de chambre antérieure V = q.

Ptérygion interne ODG. Traitement : cathétérismes, scarifications, cautérisations au sulfate de cuivre.

24 août. — Malgré la cathétérismes répétés, le larmoiement persistant OD, ablation de la glande lacrymale orbitaire selon le procédé habituel.

11 septembre. — Le malade contracte une ophtalmie purulente, sous l'influence de laquelle la cornée OG s'éclaircit considérablement.

13 novembre. — La stagnation lacrymale persiste OG. La

paupière étant retournée, excision au bistouri de toute la partie de la muqueuse comprenant la glande lacrymale accessoire.

16 janvier 1890. — L'ectropion lacrymal a diminué, les granulations sont encore volumineuses, canthoplastie ODG.

6 mai. — Iridectomie OG.

28 mai. — VOG = 1/20.

C. — PTÉRYGION

L'étiologie du ptérygion est encore assez obscure. Est-ce une affection microbienne, ou seulement une hypertrophie du pli semi-lunaire ? Dans l'un et l'autre cas, la stagnation lacrymale ne peut que favoriser son développement, soit en permettant aux microbes de séjourner sous la muqueuse, soit en créant une inflammation prédisposant à l'affection. Sans faire nettement de la stagnation lacrymale l'origine, la cause du ptérygion, on ne peut nier qu'il facilite singulièrement sa production ou sa récidive. Aussi ne serons-nous pas étonné de voir souvent coïncider le ptérygion et les affections lacrymales.

Observation XVI

Épiphora ancien. — Ptérygion interne. — Iritis séreuses OG.

G... (François), quarante-sept ans, cultivateur.

Depuis la variole, contractée à l'âge de vingt-cinq ans, larmoiement ODG.

Depuis quinze jours, violentes douleurs périorbitaires OG ; cet œil est rouge, ne peut souffrir la lumière, la vue est trouble.

10 janvier 1889. — OD : Léger ectropion, ptérygion interne,

épiphora.

OG : Épiphora, ptérygion interne; la chambre antérieure est trouble, l'iris est terne, la pupille déformée.

Traitement. — Cathétérisme des voies lacrymales, instillation d'atropine, frictions hydrargysiques, purgatif à l'intérieur.

L'amélioration est rapide.

CHAPITRE VI

LÉSIONS CANALICULAIRES

Ces lésions ne nous arrêteront pas; elles sont parfaitement connues et étudiées ; nous constaterons seulement la prédominance de ces affections chez les femmes. En effet, nous voyons que sur 175 dacryocystites, nous avons seulement 35 hommes atteints ; les femmes fournissent donc le 82 pour 100; la proportion est encore plus élevée dans les phegmons du sac, où les femmes fournissent le 89 pour 100 des cas, dans les fistules, où elles donnent le 90 pour 100 (1).

Il est bon toutefois de rappeler que les lésions canaliculaires ont presque toujours une cause prédisposante dans l'aplatissement nasal; dans le rétrécissement monoculaire, cet aplatissement est constant. Il est le fait d'une asymétrie faciale plus ou moins nette. Les troubles du côté du nez sont aussi importants. La pathogénie et le traitement auront donc à se préoccuper de l'état des voies lacrymales, de leurs orifices et enfin des malformations ou affections de la muqueuse nasale.

(1) Voir la page 12 et les tableaux I et II, pages 13 et 14.

CHAPITRE VII

LÉSIONS CORNÉENNES

Les lésions cornéennes consécutives à l'obstruction des voies lacrymales sont nombreuses ; en effet, en dehors des abcès et ulcères graves, on trouve des lésions cornéennes multiples et plus bénignes, directement causés par la stagnation lacrymale.

Nous étudierons dans un premier groupe ces lésions légères, ces érosions épithéliales ; dans un second groupe, nous grouperons les diverses kératites, les leucomes qui en sont le résultat ; dans un troisième groupe, nous étudierons les ulcères et les abcès de la cornée.

A. — DESQUAMATION ÉPITHÉLIALE. — PHLYCTÉNULE

On voit souvent, dans le ophtalmies lacrymales, la cornée participer aux lésions des conjonctives ; ces dernières étant plus prononcées attirent l'attention et font négliger les lésions cornéennes peu apparentes d'ailleurs.

Mais un examen attentif montre que la cornée n'a plus sa netteté habituelle, ne présente plus la même transparence que dans l'œil sain.

L'épithélium cornéen paraît soulevé et infiltré ; dans d'autres cas il y a une véritable exfoliation ; il se produit de véritables taies imperceptibles à l'examen direct.

La réparation de ces exfoliations épithéliales se manifeste par un paquet vasculaire qui de la conjonctive bulbaire se dirige vers la partie atteinte ; l'épithélium est plus épais, moins adhérent au tissu cornéen ; il peut se produire un exsudat liquide entre ses couches et de la formation de phlyctènes.

Ces phlyctènes sont rarement volumineuses et elles sont décélées généralement par la présence du pinceau vasculaire périkératique.

Les lésions de ce groupe sont très fréquentes dans les stagnations lacrymales, mais leur peu de gravité fait qu'elles passent souvent inaperçues et sont rarement notées dans les observations.

B. — KÉRATITES. — PANNUS. — LEUCOME

La kératite est une complication assez fréquente des affections des voies lacrymales : soit au centre, soit à la périphérie, on voit apparaître chez les lacrymaux anciens des opacités diffuses, tantôt superficielles, tantôt plus profondes. Ces points de kératite envahissent rarement toute la cornée ; ils ne provoquent pas de lésions graves, disparaissent souvent spontanément, mais récidivent facilement. Dans certains cas ils laissent après eux des leucomes plus ou moins épais.

La stagnation lacrymale est une des conditions qui favorisent le mieux la production du pannus chez les granuleux ; il est rare de rencontrer un granuleux atteint de rétrécissement lacrymal dont les cornées soient saines ; il est difficile de faire la part exacte de la stagnation dans l'étiologie du pannus granuleux, car toutes les causes pouvait produire la kératite vasculaire se trouvent réunis :

1° Le terrain : les granuleux sont des lymphatiques presque toujours, sinon des scrofuleux, à tel point que Rœlhman, Truc et Pannas pensent que la cause du pannus serait dans

l'état diathésique général plutôt que dans l'affection palpébrale locale ;

2° L'irritation locale : les granulations, soit directement par frottement, soit par propagation de l'inflammation des conjonctives, sont une source d'irritation continuelle pour la cornée ;

3° La stagnation lacrymale, qui fait baigner la cornée dans un liquide très alcalin capable de créer à lui seul des lésions cornéennes, stagnation lacrymale, qui est d'autant plus marquée dans ce cas, que par suite de l'inflammation oculaire, les glandes lacrymales fournissent une sécrétion plus abondante.

Ces causes s'ajoutant les unes aux autres, on comprend la fréquence des lésions cornéennes dans les conjonctivites granulo-lacrymales.

C. — ABCÈS DE LA CORNÉE

Les abcès de la cornée sont rangés parmi les complications les moins fréquentes des affections des voies lacrymales.

Les uns sont petits, multiples, superficiels, s'ouvrent après un temps plus ou moins longs, laissant un ulcère ; ce sont de véritables phlyctènes.

Mais il est d'autres abcès plus larges, plus profonds, ayant des conséquences plus graves.

Ils affectent de préférence les personnes âgées (quoique dans l'observation que nous rapportons il s'agisse d'un individu de trente-six ans).

Galezowski prétend que ces abcès sont caractéristiques en ce que : 1° ils se succèdent en grand nombre ; 2° ils n'atteignent pas les couches profondes de la cornée. Ce second

caractère nous paraît absolument déniable, car dans les observations que nous avons pu consulter nous avons vu très souvent ces abcès s'ouvrir dans la chambre antérieure après avoir détruit toutes les couches profondes de la cornée.

Les diverses conséquences de ces abcès sont celles des ulcères, car, l'abcès ouvert, il reste une ulcération simple ou avec hypopion qui évoluera comme telle.

Observation XVII

(Dr Mareanelli, de Bordeaux)

Épiphora. — Abcès de la cornée

P... (Louis), trente-six ans, journalier.

3 mai 1884. — Le malade entre à l'hôpital avec un larmoiement OG remontant à un an. Photophobie, sécheresse dans la narine gauche; douleurs périorbitaires violentes.

Abcès de la cornée remontant environ à quinze jours.

Le même jour, l'abcès s'étant vidé dans la chambre antérieure, Sœmisch et extraction du pus; cathétérisme et lavage des voies lacrymales.

4 mai. — Douleurs violentes; atropine.

7. — Le pus s'étant reproduit, nouvelle incision de la cornée.

Le traitement lacrymal est continué.

D. — ULCÈRES DE LA CORNÉE

Quelles relations existent entre l'ulcère de la cornée et l'état lacrymal?

On ne trouve pas dans les différents auteurs des données exactes sur ce sujet.

Le *Traité des maladies des yeux* de De Wecker et Landolt reconnaît que la kératite des moissonneurs tire souvent sa gravité de ce que les voies lacrymales sont obstruées.

Les ulcères, dit Rohmer, ont souvent pour origine une suppuration de voisinage, telle qu'une conjonctivite chronique, une dacryocystite.

Trousseau, étudiant les germes pathogènes de l'œil, n'admet pas l'influence de la stagnation lacrymale ; pour lui, les microbes pathogènes venant de l'extérieur seraient plus à redouter.

Chibret reconnaît que la non-perméabilité des voies lacrymales est la cause la plus fréquente de ces accidents infectieux.

Ange Verdese (de Gênes) est frappé de la fréquence des ulcères de la cornée dans les affections des voies lacrymales, à tel point qu'il croit que, dans presque tous les cas, le larmoiement simple précède l'ulcère de la cornée. L'éphiphora est souvent dû à un rétrécissement, à une obstruction passagère du point lacrymal, à une inflammation diathésique ou autre, momentanée ou chronique, du canal lacrymal ; mais il pense et a constaté qu'en recherchant minutieusement on trouve toujours un trouble dans le cours des larmes.

Il est une chose reconnue de tous les auteurs, c'est que la stagnation lacrymale facilite les desquamations de l'épithélium cornéen et la formation d'ulcères de la cornée. Mais, en dehors de l'épiphora ou de la dacryocystite, l'ulécère peut se développer sous une cause prédisposante que les auteurs font dériver d'une cachexie.

Les cachexies mises en avant sont les suivantes :

1° La scrofule ;

2° Les mauvaises conditions hygiéniques ;

3° La débilité sénile ; (?)

4° La tuberculose ;

5° Le diabète ;
6° L'albuminerie ;
7° La pneumonie des vieillards ;
8° L'alcoolisme.

Soit, toute cause débilitant l'organisme prédispose aux ulcérations cornéennes. Mais comment évolueront ces ulcérations ?

Les ulcérations simples, traumatiques ou diathésiques, évolueront plus au moins rapidement, guériront, laissant des traces plus ou moins ineffaçables selon leur étendue, l'état général et l'âge du sujet.

Mais une pareille ulcération se produira-t-elle chez un lacrymal, le prononostic est plus grave.

Les ulcères simples, chez les lacrymaux, sont tenaces ; dans quelques cas, ils sont atoniques et ne s'étendent pas ; mais ils n'ont pas de tendance à guérison.

Plus généralement, l'évolution de l'ulcère lacrymal sera tout autre. Un ulcère se forme chez un lacrymal, il s'infecte rapidement au conctact des larmes et l'hypopion est la règle.

Pour que l'infection se fasse, il n'est pas indispensable qu'il y ait dacryocystite ; la dacryocystite est une condition favorable, mais le simple catarrhe des voies lacrymales, la stagnation lacrymale seule suffit.

Nous voyons dans les statistique de la Clinique la dacryocystite coïncider rarement avec l'ulcère à hypopion.

Pourquoi cela ? C'est que le malade porteur d'une dacryocystite fera généralement soigner de bonne heure son affection, tandis qu'il ne s'inquiétera pas d'un épiphora simple, et le négligera.

Que penser du rôle des cachexies dans la production de l'ulcère à hypopion ?

Les cachexies restent, bien entendu, comme causes

médiates, mais l'élément septique est la cause directe de la forme à hypopion.

Pour M. Truc, pour A. Verdese, à peu près tous les ulcères à hypopion sont des ulcèrres lacrymaux. Si cependant on étudie les statistiques, on ne trouve pas le larmoiement aussi souvent que l'indiquent ces auteurs.

Denti, à la poliambulance de Milan, a relevé 126 cas d'ulcères infectieux ; dans 111 cas, il se forma de l'hypopion ; et cependant, dans 104 cas, les voies lacrymales étaient intactes. L'état lacrymal entrerait en jeu, seulement une fois sur cinq : les chiffres que nous avons trouvés à la Clinique donnent une proportion plus considérable.

Pour Pannas, l'ulcère infectieux coïnciderait avec les affections lacrymales une fois sur trois.

En réalité, fait remarquer Verdese, la proportion est plus élevée ; seulement le facteur étiologique lacrymal reste souvent inconnu, parce que aucune investigation n'est poussée de ce côté, mais un examen attentif du malade, la juste observation du développement de la maladie ne laissent aucun doute, et dans la plupart des cas le larmoiement simple précède les complications de la cornée.

Quel sera le traitement de ces ulcères ?

Le traitement consistera en premier lieu dans le cathétérisme, le lavage des voies lacrymales ; ces lavages devront être répétés plusieurs fois par jour, au moins le matin et le soir, et précédés de la toilette périoculaire et d'injections de liquides antiseptiques dans les culs-de-sac (voir obs. XXII).

Partant de ce principe, que ces ulcères lacrymaux sont non pas des ulcères infectieux, mais des ulcères simples, aptes à être infectés, beaucoup d'auteurs repoussent l'emploi du fer rouge dans leur traitement.

Nous avons vu souvent M. Truc employer le fer rouge dans

les cas d'ulcère lacrymal simple ou à hypopion, et les résultats furent toujours des plus satisfaisants.

Nous emploierons le fer rouge après antisepsie périoculaire et lacrymale quand l'ulcère s'étendra, car, à ce moment, il est probable que l'ulcère a été infecté par les germes contenus dans le liquide lacrymal, et le meilleur moyen de détruire ces germes, c'est encore la cautérisation ignée.

En outre, nous avons remarqué qu'après l'attouchement au fer rouge, la réparation de la cornée se faisait plus rapidement (obs. XVIII).

A. Verdese emploie le râclage de la cornée, qui lui donne de bons résultats, comme on pourra le constater d'après les deux observations que nous rapportons (obs. XIX et XX); il repousse le Sœmisch. Le fer rouge nous paraît avoir sur le râclage l'avantage de détruire plus complètement les germes infectieux.

Il ne faudra pas oublier que ces ulcères récidivent facilement, que les récidives coïncident généralement avec une nouvelle obstruction des voies lacrymales, qu'elles sont graves et entraînent le plus souvent la perte de la vision (obs. XVIII et XXI).

Observation XVIII

Ulcère lacrymal à hypopion. — Guérison. — Récidive et panophtalmite

C... (Rose), soixante-trois ans.

OD : perdu depuis longtemps par abcès cornéen.

OG : larmoiement remontant à vingt ans.

Décembre. — Ulcère à hypopion coïncidant avec un catarrhe purulent des voies lacrymales. Cathétérisme et lavages des voies lacrymales et cautérisation au fer rouge.

Guérison rapide de l'ulcère.

Les voies lacrymales restant purulentes, l'ulcère récidive, la chambre antérieure est pleine de pus.

25 janvier. — Paracenthèse de la chambre antérieure à travers l'ulcère, évacuation du pus.

La cornée se sclérose rapidement.

30. — Le cristallin luxé et accolé à la cornée est extrait; issue d'un peu de vitré.

8 février. — Les douleurs ont cessé. Le vitré fait hernie à travers la cornée nécrosée; il semble retenu par une membrane et simule une pupille. Celle-ci, transparente, permet la vision, et la malade compte les doigts à un mètre.

Peu de temps après la sortie de l'hôpital, survient une panophtalmie qui entraîne l'atrophie du globe.

Observation XIX

(Dr Verdese, de Gênes)

Larmoiement.— Ulcère à hypopion

Mademoiselle A. P.

15 novembre 1881. — OG : Ulcère serpigineux datant, de quinze jours (?) et atteignant le centre de la cornée ; les bords de l'ulcère sont jaunâtres, l'hypopion très abondant.

Traitement. — Râclage de l'ulcère, lavages antiseptiques et cathétérisme, lavage des voies lacrymales ; occlusion.

16. — L'ulcère est transparent comme après le râclage; il semble avoir diminué d'étendue.

20. — L'hypopion a disparu.

La malade part après deux semaines, ne conservant qu'une légère taie de la cornée.

Observation XX

(Dr Verdese, de Gênes)

Larmoiement. — Ulcère à hypopion

Antoinette Busso, soixante-dix ans, paysanne. A perdu l'œil gauche depuis quelques annés à la suite de la même affection que présente OD.

Depuis plusieurs années, larmoiement ODG.

27 septembre 1882. — OD : Abcès de la cornée occupant les 2/3 inférieurs de cette membrane. La chambre antérieure n'existe plus : adhérences totales de l'iris au cristallin ; hypopion abondant. En pressant le sac, il ne sort aucun liquide ni purulent, ni visqueux.

Traitement. — Râclage de la cornée ; cathétérisme et lavages des voies lacrymales, et occlusion de l'œil avec un tampon de ouate phéniquée.

28 septembre. — L'ulcère, jaune hier, est devenu transparent.

29, 30 septembre, 1er et 2 octobre. — Même traitement, et en plus canthoplastie.

Une semaine après, la guérison est assez complète pour qu'on puisse faire une pupille artificielle qui rétablit la vision.

Observation XXI

Ulcère à hypopion lacrymal. — Staphylome consécutif. — Amputation du segment antérieur.

R... (Marguerite), soixante-sept ans, ménagère.

Depuis longtemps atteinte d'épiphora, elle se pique l'œil avec un brin d'herbe. Depuis l'œil est rouge ; photophobie, larmoiement, douleurs périorbitaires.

29 janvier 1890.— OD : Large ulcération occupant la presque totalité de la cornée, pus dans la chambre antérieure.

Traitement. — Incision du point lacrymal, cathétérisme et lavages.

Cautérisation ignée de la cornée, après nettoyage des culs-de-sac ; atropine.

La malade guérit rapidement, mais l'iris adhère complètement à la cornée ; l'œil est dur, douloureux.

On essaye de faire une iridectomie : on ne peut arracher qu'un lambeau de l'iris, entraînant avec lui une partie de la capsule du cristallin. On extrait les masses cristalliniennes ; issue d'un peu de vitré.

A la suite de cette intervention, les douleurs cessent ; mais la vision est nulle, un exsudat ayant rapidement obstrué la pupille artificielle.

La malade revient le 5 mai : l'œil est devenu staphylomateux et douloureux depuis quelques jours ; on lui fait l'amputation du segment antérieur.

Observation XXII

Catarrhe purulent des voies lacrymales. — Ulcère cornéen

J... (Louis), quarante-deux ans, propriétaire.

OD : Catarrhe purulent des voies lacrymales. Il y a huit jours, l'œil devient le siège de douleurs violentes et d'une inflammation vive. Son médecin lui a prescrit un collyre qui n'a donné aucun résultat.

17 octobre 1889.— Rougeur des conjonctives, cercle périkératique, ulcération cornéenne centrale.

Traitement. — Incision du point lacrymal ; cathétérisme et lavage des voies lacrymales matin et soir. Atropine et pansement occlusif.

La sécrétion lacrymale est rapidement tarie; l'ulcère guérit, laissant un léger albugo sur la cornée.

CHAPITRE VIII

LÉSIONS PROFONDES

Par lésions profondes, nous entendons l'iritis, la cataracte, l'irido-cyclite. On peut se demander pour chacune d'elles si elles ont des rapports de causalité avec les affections lacrymales qui souvent les accompagnent. On est frappé en effet de voir combien sont fréquents les cas où l'on constate l'opacification du cristallin et l'obstruction lacrymale.

Quelque bizarre que soit cette coïncidence elle nous paraît devoir être signalée; et ce qui nous ferait supposer que des lésions telles peuvent avoir une influence sur l'opacification du cristallin, c'est un fait que nous avons observé récemment à la Clinique. M. Truc enlevait un épithéliome de l'angle interne ayant détruit du côté droit presque toute la base du nez, la paupière inférieure, et ayant également atteint la paupière supérieure, qui, épaissie et infiltrée, ne permettait pas de découvrir le globe oculaire. Une fois les parties malades excisées et l'œil ainsi découvert, on constate de ce côté une opacification complète du cristallin. Le malade, encore jeune, n'avait pas reçu de coup sur l'œil, mais avait vu son épithé-

liome succéder à un larmoiement ancien ; du côté gauche il n'existait aucune lésion.

En outre, on constate souvent, dans les cas de cataracte double, que la cataracte la plus ancienne est du côté du larmoiement le plus ancien et le plus abondant.

La stagnation lacrymale ne pourrait-elle pas créer des conditions favorables au développement de la cataracte ? Nous acceptons les faits, sans les pouvoir expliquer.

L'iritis, l'irido-cyclite sont aussi quelquefois précédées de lésions du canal lacrymal. Et ici on peut admettre une action directe de l'affection lacrymale. La cornée a une propriété endosmotique des plus prononcées (Gosselin). D'après Robin, une des conséquences de cette propriété est le passage des larmes par cette voie dans la chambre antérieure.

N'est-il pas possible que les larmes alcalines soient ainsi absorbées en assez grande quantité pour produire, en contact avec l'iris, l'inflammation de cette membrane ?

CHAPITRE IX

AGGRAVATION DES TRAUMATISMES OCULAIRES CHEZ LES LACRYMAUX

On connaît la gravité des traumatismes oculaires chez les individus atteints de dacryocystite ou d'épiphora simple. Une érosion cornéenne, qui guérirait spontanément sur un œil sain, s'infectera donnant naissance à une ulcère à hypopion chez un lacrymal (voir obs. XXIII).

Il est une affection traumatique de la cornée dont la gravité avait frappé depuis longtemps les observateurs : c'est la kératite des moissonneurs, l'abcès cornéen des moissonneurs. Ces kératites, ces abcès s'infectent rapidement, l'hypopion apparaît prématurément, et les accidents les plus graves en sont la conséquence. A tel point qu'on avait cru devoir attribuer une action spéciale aux poussières, aux détritus émanant de ces épis d'orge ou de blé ; la même observation ayant été faite pour les écaillers, un auteur attribua également une propriété nécrobiotique à la poussière ou aux particules d'écailles d'huîtres. On a reconnu aujourd'hui que la gravité de ces lésions provenaient de ce que ces individus étaient atteints le plus souvent d'affections lacrymales antérieures ; les débris de paille, comme les parcelles d'écailles d'huîtres, n'agissent que comme corps étrangers, causent des ulcérations sur la cornée, ulcérations dont l'état lacrymal explique la gravité.

Observation XIII

Ulcère traumatique chez un lacrymal

R... (François), soixante-quinze ans, mineur.

OG perdu il y a quatre ans, à la suite d'un ulcère à hypopion ayant amené une panophtalmie.

OD : il y a quatre jours, a reçu un petit éclat de pierre dans l'œil; depuis, vision trouble, douleurs périorbitaires.

37 avril 1890. — Rougeur conjonctivale, cercle périkératique; à la partie centrale de la cornée, ulcère profond.

Catarrhe purulent des voies lacrymales.

Traitement.— Incision du point lacrymal; cathétérisme et lavage des voies lacrymales matin et soir. Cautérisation ignée de l'ulcère; instillations d'atropine.

Le malade sort le 7 mai, conservant un léger leucome, trace de l'ulcère.

De même, toutes les fois qu'on devra intervenir opératoirement sur la cornée, on devra s'assurer de la perméabilité des voies lacrymales. On n'opérera que lorsque le cours des larmes aura été rétabli ou que toute trace de dacryocystite aura disparu. Ouvrir la cornée d'un malade atteint de catarrhe lacrymal, c'est l'exposer presque sûrement à l'infection totale de l'œil

Dans certains cas, nous avons vu M. Truc, ne pouvant rétablir le cours des larmes chez des cataractés, enlever la glande lacrymale avant de tenter l'opération de la cataracte. Ce sont de pareilles précautions, jointes à l'antiseptie la plus rigoureuse, qui lui ont permis d'arriver au 100/100 de succès opératoire dans l'extraction de la cataracte.

CHAPITRE X

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Comment agit l'affection lacrymale ?

On considère une action chimique et une action microbienne.

A. — ACTION CHIMIQUE

A l'état normal, les larmes sont excessivement peu alcalines. Galezowski a constaté : 1° que, sur les malades dont l'état lacrymal était compliqué d'une affection oculaire, les larmes présentaient un degré d'alcalinité très marqué; 2° que l'intensité de l'inflammation oculaire était en raison directe du degré d'alcalinité des larmes; 3° que, dans les cas d'épiphora simple, l'alcalinité, quoique moindre que dans les complications, était encore plus marquée qu'à l'état normal; 4° que l'alcalinité, diminuant avec le rétablissement du cours des larmes, reparaissait s'il se produisait un nouveau rétrécissement; 5° que, dans les conjonctivites simples sans rétrécissement, les larmes sont plus alcalines qu'à l'état normal.

Cette alcalinité est due, dans les cas de rétrécissement, au séjour prolongé des larmes entre le globe de l'œil et la paupière; dans le cas de conjonctivite sans rétrécissement, à une hypersécrétion lacrymale. Dans aucun cas, l'alcalinité ne paraît être produite par les inflammations de la conjonctive (Galezowski, cité par Ferrand).

Par quel mécanisme les larmes produisent-elles l'inflammation des membranes oculaires? Galezowski admet que les larmes alcalines dissolvent les matières grasses sécrétées par les glandes de Meibomius et en font un savon qui irrite l'œil.

Dransart fait judicieusement remarquer qu'ayant suivi les expériences sur lesquelles est basée cette théorie, il n'est nullement convaincu. La réaction du papier tournesol indique bien l'alcalinité des larmes, mais ce réactif est incapable de permettre d'apprécier le degré d'alcalinité des larmes; plus le papier sera mouillé, plus les larmes paraîtront alcalines, et les conclusions de Galezowski ne pourront être acceptées que lorsqu'elles auront été vérifiées avec des moyens d'analyse plus exacts.

B. — ACTION DES MICROBES

Les microorganismes que l'on rencontre dans l'œil peuvent venir soit directement de l'extérieur, soit, par aspiration, remonter des fosses nasales dans l'œil et ses annexes.

a) Les microbes viennent de l'extérieur. Ils y sont apportés de différentes façons ; par les malades eux-mêmes, qui les introduisent en se frottant leurs yeux avec des mains sales, aux ongles noirs et longs, ou bien avec des chiffons, des mouchoirs d'une propreté toujours problématique. Ils viennent aussi des paupières, un abcès du bord marginal s'ouvrant dans l'œil déverse dans les larmes les différents microorganismes qu'il contient.

b) Les microbes viennent des cavités nasales. L'atrésie des points lacrymaux interrompant l'écoulement des larmes par le canal lacrymal permet aux bactéries de remonter du nez dans le sac lacrymal, où leur présence se manifestera par toutes les complications canaliculaires connues depuis longtemps : dacryocystite, phlegmon du sac.

Quels sont les microorganismes que l'on rencontre dans les affections lacrymales ?

Widmarck, dans ses recherches bactériologiques, a examiné 4 cas de dacryocystite phlegmoneuse :

Dans un cas, il trouva le streptococcus pyogenes seul ;

Dans un autre, le streptococcus pyogenes et le staphylococcus albus ;

Dans le troisième cas, le streptococcus pyogenes, le staphyloccocus albus et le staphylococcus aureus ;

Dans le quatrième cas, le staphylococcus aureus seul.

Il examina également six cas de blépharadénite : les abcès

contenaient dans quatre cas le staphylococcus albus ; dans deux cas, le staphylococcus aureus.

Dans un autre examen, portant sur 18 cas de dacryoscystite, il a toujours trouvé le staphylococcus.

Il a examiné les sécrétions du sac lacrymal, dans différents cas de dacryocystite et d'épiphora : il n'a jamais trouvé de micoorganismes ressemblant au gonococques ; il n'a trouvé qu'une bactérie baccilliforme réunie en petits groupes et absolument différente des gonococcus.

Il est d'accord en cela avec tous les symptômes cliniques qui infirment la présence de gonocques.

Comment agissent ces microorganismes ?

C. — ACTION DES MICROORGANISMES SUR LES CONJONCTIVES

Introduits dans la conjonctive, les staphylococcus aureus et albus produisent une irritation insignifiante.

Primitivement donc la conjonctivite lacrymale pas plus que la dacryocystite ne dépendent d'une immigration des baccilles dans les tissus.

Ils provoquent une altération du liquide lacrymal et irritent la conjonctive. Ce n'est que secondairement, grâce aux ouvertures formées par ces inflammations, que les bactéries s'introduisent dans le tissu et produisent les désordres de la dacryocystite et du phlegmon du sac.

Et ce qui ferait pencher en faveur d'une immigration des microbes du nez dans le sac lacrymal, c'est cette remarque, que dans les dacryocystites rarement les conjonctives sont prises ; ce n'est qu'après le débridement du point lacrymal, après qu'on a ainsi permis au liquide purulent du sac de se déverser sur la conjonctive, que celle-ci s'enflamme et que

l'on observe la conjonctivite lacrymale. Dans l'épiphora simple, l'irritation serait produite seulement par l'action propre du liquide lacrymal.

D. — ACTION DES MICROORGANISMES SUR LA CORNÉE

Par râclage de 3 cas de l'ulcère serpigineux de la cornée, Widmarck a obtenu 2 fois le staphylococcus albus seul, 1 fois le staphylococcus albus et l'aureus. Sur le lapin, les staphylococcus aureus et albus inoculés dans la cornée produisent l'hypopion et la destruction du tissu cornéen dans une proportion de 15 pour 100.

Le streptococcus pyogenes produit des kératites à marche insidieuse, des infiltrations purulentes malignes.

La bactérie baccilliforme trouvée par Widmarck dans le liquide lacrymal, introduite dans la cornée, produit des kératites plus bénignes et rarement amène la destruction du tissu cornéen. Mais lorsque à travers la cornée déjà perforée on introduit ces bactéries dans la chambre antérieure, il se produit une inflammation violente et la panophtalmie. Le lieu d'inoculation a également son influence. Ainsi le staphylococcus introduit au centre de la cornée produit des kératites avec hypopion ; introduit à la périphérie, il ne cause que des abcès locaux. C'est qu'en effet la nutrition est plus vive à la périphérie de la cornée, qui oppose ainsi plus de résistance à la destruction et se répare plus rapidement.

E. — INFLUENCE DU TERRAIN

Nous devons, dans la pathogénie générale des troubles lacrymaux, tenir compte du terrain.

Nous avons vu que certaines lésions consécutives aux stagnations lacrymales (troubles visuels, photophobie) ne se ren-

contraient que chez des tempéraments nerveux, et qu'une large part dans l'étiologie de ces phénomènes revenait au nervosisme du sujet.

Nous avons vu que dans les ophtalmies granulo-lacrymales le pannus était une lésion de la scrofule, entretenue et augmentée par les inflammations voisines.

De même dans l'étude générale des statistiques nous avons vu l'énorme prédominance des femmes sur les hommes dans les affections lacrymales. Les femmes constituent le 72 pour 100 des épiphora simples, mais dans la dacryocystite la proportion s'élève à 82 pour 100; elle atteint 89 pour 100 dans les phlegmons du sac.

C'est qu'en effet la femme est plus lymphatique que l'homme, sous une influence plus légère ses tissus s'enflamment, l'inflammation crée une porte d'entrée aux microorganismes, qui s'introduisent dans la conjonctive et produisent la dacryocystite avec ses complications.

La même irritation produit facilement la desquamation de la cornée et crée un ulcère apte à être infecté par les microorganismes qui stagnent dans les larmes ou sont absorbés par le nez.

En résumé nous voyons que, dans l'étiologie des affections consécutives aux maladies des voies lacrymales, entrent en ligne de compte le terrain, l'altération du liquide lacrymal, l'action microbienne.

CHAPITRE XI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'affection lacrymale peut se faire : 1° d'après l'aspect extérieur ; 2° d'après l'examen local.

1° Aspect extérieur. L'ectropion, la tumeur du sac, seront les signes les plus frappants. En dehors de ces cas, les malades se plaindront de ce que les larmes leur coulent sur la joue, la narine correspondante sera sèche, l'épiphora sera manifestement visible.

Quelquefois les symptômes seront moins reconnaissables, le malade n'accusera pas le larmoiement, et l'affection lacrymale ne se décèlera que par cet état d'humidité plus marqué de l'œil, état que les Anglais ont appelé « œil mouillé. »

2° Examen local. On verra le point lacrymal rétréci ou oblitéré, en pressant contre la paroi du canal lacrymal on fera sourdre un liquide louche ou franchement purulent. Enfin l'injection à la seringue d'Anel d'une petite quantité de liquide permettra de s'assurer de la perméabilité du canal. Si le liquide injecté par le point inférieur reflue par le point supérieur, c'est qu'il y a un obstacle au cours des larmes.

CHAPITRE XII

PRONOSTIC

Dans la plupart des cas, la rapidité de la guérison de l'affection concomitante dépendra de la facilité plus ou moins grande de rétablir le cours des larmes.

Le pronostic varie selon la gravité des désordres produits par la stagnation lacrymale. Un ulcère lacrymal peu étendu guérira en général rapidement; mais si la lésion est plus vaste, si l'ulcération est profonde, la chambre antérieure pleine de pus, la guérison est plus problématique.

Il faut retenir une chose, que l'ulcère lacrymal s'infecte plus facilement que l'ulcère simple, et que l'hypopion est précoce.

Enfin les malades devront être averti de la fréquence des récidives, coïncidant avec une nouvelle obstruction des voies lacrymales.

CHAPITRE XIII

TRAITEMENT

Le traitement des complications des voies lacrymales consistera à rétablir d'abord le cours des larmes. Il s'adressera ensuite à la lésion produite par la stagnation.

Nous n'insisterons pas sur les différentes méthodes de dilatation lacrymale. Nous dirons seulement un mot d'un mode de traitement qui est peu connu et qu'emploie quelquefois avec succès M. Truc : c'est la sonde à demeure.

Galezowski (*Traité des maladies des yeux,* p. 133) recommande ce mode de traitement dans les tumeurs lacrymales anciennes ; il introduit la sonde par la fistule ou l'ouverture de l'abcès. M. Truc emploie la sonde à demeure dans les larmoiements persistants ; introduite par le point lacrymal incisé, la sonde est laissée en place vingt-quatre et même quarante-huit heures. Les sondes employées sont des nos 2, 3 ou 4 de Bowmann. Nous avons toujours vu ce mode de traitement être bien supporté par le malade et donner de bons résultats.

Observation XXIV

Épiphora ODG. — Rétrécissement persistant OD. — Guérison par la sonde à demeure.

M... (B.), vingt-six ans, ménagère.

Rétrécissement lacrymal ODG, remontant à plus d'un an. Elle a été cathétérisé déjà il y a un an à plusieurs reprises ; il se produit une amélioration passagère. Depuis plusieurs mois, épiphora abondant.

15 juin. — Cathétérisme ODG et lavage des voies lacrymales à la seringue d'Anel ; rétrécissement marqué surtout OD ; OG s'améliore rapidement. Mais, malgré les cathétérismes répétés tous les deux jours, l'épiphora persiste OD ; le canal est rétréci et s'oblitère rapidement.

2 juillet. — Une sonde de Bowmann n° 2 est mise en place à une heure de l'après-midi. Elle est bien supportée pendant quatre heures ; mais, des douleurs se montrant, la sonde est retirée vers les cinq heures.

3. — Œdème léger des paupières, ecchymose de la paupière inférieure, l'épiphora persiste.

4. — La sonde n° 2 est mise en place sans difficulté à deux heures de l'après-midi ; elle est laissée sans douleur pour la malade jusqu'à neuf heures du soir.

6. — L'épiphora a diminué ; le canal lacrymal admet facilement une sonde n° 3, qui, mise en place à midi, est laissée jusqu'au lendemain matin huit heures, sans gêne pour la malade.

12. — Amélioration notable ; l'épiphora a cessé. La sonde n° 3, mise en place à deux heures, est laissée jusqu'au lendemain midi.

15. — Le larmoiement a cessé ; le canal dilaté admet facilement une sonde n° 3.

Quelques lavages à la seringue d'Anel sont faits les jours suivants, et la malade cesse de venir aux consultations.

Enfin, dans les larmoiements incoercibles, pénétré de la gravité des complications que la stagnation lacrymale peut produire, M. Truc n'hésite pas à en arriver à l'ablation de la glande lacrymale.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Les complications des affections lacrymales sont nombreuses et variées ; elles sont plus ou moins graves selon leur siège.

Les complications fonctionnelles peu fréquentes seront seulement une gêne pour le malade. Les lésions palpébro-conjonctivales seront plus douloureuses et finissent par constituer une véritable infirmité.

Les complications canaliculaires amènent des désordres sérieux, créent des fistules dont la guérison est souvent difficile.

Les complications cornéennes sont entre toutes les plus redoutables, puisqu'elles peuvent rapidement aboutir à la perte de l'œil ; les ulcères lacrymaux sont tenaces, rebelles au traitement, souvent accompagnés d'hypopion, et récidivent avec une grande facilité.

Dans tout traumatisme oculaire, un état lacrymal antérieur créera des conditions favorables a l'infection.

Avant d'entreprendre une opération sur la cornée, le chirurgien devra s'assurer de la perméabilité des voies lacrymales et de l'intégrité de leur fonctionnement.

En garde contre ces complications qui peuvent résulter de la stagnation lacrymale, le praticien insistera sur la nécessité du traitement de l'épiphora et sur la gravité des suites qu'il pourrait avoir.

BIBLIOGRAPHIE

Armaignac. — Considérations sur l'étiologie et la thérapeutique des affections des voies lacrymales. (Rev. d'ocul. du Sud-Ouest, sept. 1881.)

Abadie. — Des ulcères infectieux de la cornée et de leur traitement. (Ann. d'ocul. 1882.)

Badal. — De l'influence des anomalies de la réfraction sur la production des maladies des voies lacrymales. (Gazette des hôpitaux, 1876, n° 129, et Gazette médicale, 1877, p. 503.)

Boguier. — Étude sur la kératite à hypopion. (Thèse de Paris, 1881, n° 207.)

Bloc. — De la conjonctivite lacrymale et de son traitement. (Montp. Médical, 1875, p. 515.)

Chibret. — De l'infection de l'œil. (Arch. d'opht. 1887, p. 325.)

Dehenne. — Traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée. (Rec. d'opht. 1887.)

Denti. — Contribution à l'étude de l'ulcère infectieux de la cornée. (Ann. d'ocul., t. CIII, p. 67.)

Ferrand. — Affections oculaires produites par les altérations des voies lacrymales. (Thèse de Paris, 1873.)

Fiori. — Contribution au traitement des malades des voies lacrymales. (Ann. d'ocul., t. XCVIII, p. 52.)

Galezowski. — Gazette des hôpitaux, 1868, p. 860.

— Troubles visuels lacrymaux. (Rec. d'opht., 1876, p. 179.)

Guément. — Affections consécutives aux maladies lacrymales. (Thèse de Paris, 1872.)

Hees. — Ulcérations infectieuses de la cornée. (Ann. d'ocul., t. XCVIII, p. 131.)

Mareanelli. — De la conjonctivite d'origine lacrymale et de son traitement. (Thèse de Bordeaux, 1884.)

Mengin.— Troubles et affections oculaires d'origine lacrymale. (Rec. d'opht., 1879, p. 163.)

Presas. — Abcès de la cornée avec dacryocystite. (Gaceta medicala catalana, 1888.)

Rampolli et Faravelli. — A propos de quelques maladies de l'appareil lacrymal. (Ann. di ottalm., Pavie, 1887.)

Rampoldi. — De la kératite des moissonneurs et de ses rapports avec la dacryocystite. (Ann. di ottalm., 1882.)

Rohmer. — De l'antisepsie oculistique. (Arch. d'opht., 1887, p. 325.)

Sattler. — Germes infectieux dans le pus du sac lacrymal. (Ann. d'ocul., t. XCVI, p. 130.)

Schnutz. — Ueber kend korpern Hornaut. (Klin. monat., 1887.)

Simi. — Dacriocistide et cheratite ipopion. (Boll. d'ocul., Firenza, 1880.)

Trousseau. — Travaux d'oculistique. Paris, 1891.

H. Truc. — De l'extirpation des glandes lacrymales orbitaires dans le larmoiement incoercible chez les granuleux. (Montp. Médical, sept. 1889.)

— Ophtalmie phlycténulaire, son origine infectieuse. (Gaz. hebd. des sc. méd. Montpellier, 1890.)

— Ophtalmie granuleuse à Montpellier. (Montp. Médical, 1891).

— Quelques rapports entre les ophtalmies granuleuses lymphatiques et lacrymales. (Montp. Médical, 1891.)

Verdese (Ange). — Contribution à la thérapeutique de l'ulcère infectieux de la cornée. (Arch. d'opht., 1882, p. 151.)

Widmarck. — Contribution à l'étude de la dacryocystite et de ses complications. (Russie, 1887.)

— Études bactériologiques sur la dacryocystite et l'ulcère serpigineux. (Russie, 1888.)

Weber. — Étiologie des maladies lacrymales. Thèse de Paris, 1887.)

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 avril 1891.
Le Recteur,
A. GERARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 avril 1891.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!